附件：

黑龙江省人力资源和社会保障厅、黑龙江省社会

保险事业中心公开遴选工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月( 岁) |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 出生地 |  | 健康状况 |  |
| 政 治面 貌 |  | 参加工作时间 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 码 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
|  |  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校及专业 |  |
|  |  |
|  公务员（参公）登记时间 |  | 是否已满最低服务年限 |  |
| 工作单位及职务 |  | 移动电话 |  |
| 报考单位及职位 |  |
| 简历 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主要工作业绩以及奖惩情况 |  |
| 年度考核情况 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 |
|  |  |  |
| 家庭主要成员及重要社会关系 | 称 谓 | 姓 名 | 年龄 | 政 治面 貌 | 工 作 单 位 及 职 务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 本人承诺 | 所填信息真实可靠，如因信息虚假取消遴选资格，后果自负。本人签字： |
| 所在单位意见 |  年 月 日 |

注：1.如所在单位同意报考，请在“所在单位意见”中填写“同意报考”并加盖所在单位公章；

 2.此表需反正面打印。